

Interview

„Das Hauptdefizit liegt in der Erstversorgung“

„Je 100.000 erwachsene Einwohner werden mindestens 2 internistische Rheumatologen in der ambulanten Versorgung gebraucht, dies sind 1.350 Rheumatologen. Mit derzeit 776 internistischen Rheumatologen fehlt fast die Hälfte des Mindestbedarfs.“ So heißt es im Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Die DGRh tritt dem Mangel entgegen – so Prof. Dr. med. Matthias Schneider, Direktor der Poliklinik und des Funktionsbereichs für Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf und Generalsekretär der DGRh, im Interview.

Wo fehlen Rheumatologen besonders – ambulant, stationär oder in der Rehabilitation?

Der Hauptbedarf ist ambulant. Doch auch stationär haben wir einen Bedarf an fachspezifischer Versorgung. Das heißt nicht, dass die Bettenzahl steigen muss.

In welchen Gebieten ist der Mangel besonders eklatant?

Es gibt regionale Differenzen. Wir haben konkrete Zahlen vom 31. Dezember 2015. Damals betrug die Zahl internistischer Rheumatologen in den Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg 1,6 bis 2,1 je 100.000 Einwohner, während es in Rheinland-Pfalz und im Saarland 0,8 waren.

Wie wirkt sich das Versorgungsdefizit auf die Patienten aus?

Das Hauptdefizit liegt in der Primärversorgung, d. h. in der Versorgung Neuerkrankter. Je früher wir den Patienten sehen, desto mehr können wir erreichen.

Im Idealfall kommt der Patient innerhalb von zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome zu uns, damit er innerhalb von drei Monaten gezielt therapiert ist. Doch in der Realität dau-

ert es drei bis meist sechs Monate und mehr, bis die Menschen zu uns kommen. Es ist schwer zu sagen, ob Patienten, die bereits rheumatologisch behandelt werden, schlechter versorgt werden, weil Rheumatologen fehlen. Wenn sie gut eingestellt sind, können die Kontrollintervalle länger als drei Monate sein.

Wieso dauert es bis zu einem halben Jahr, bis neu erkrankte Patienten sich beim Rheumatologen vorstellen?

Zunächst muss der Patient selbst erkennen, dass er ein Problem hat. Er geht zum Hausarzt. Der behandelt in der Regel symptomatisch. Das dauert sechs bis zehn Wochen. Wenn der Patient danach noch drei Monate auf einen Sprechstundentermin beim Rheumatologen warten muss, ist das zu lang.

Welche Maßnahmen will die DGRh ergreifen, um dem Mangel zu begegnen?

Wir fordern eine eigene Bedarfsplanung für internistische Rheumatologen unabhängig von der Gesamtzahl der Internisten. Und wir fordern, die Beschränkungen der Zahl abzurechnen der Patienten und Leistungen aufzuheben, um das Versorgungsdefizit kurzfristig zu mildern.

Wie können Medizinstudenten dazu motiviert werden, sich für die Rheumatologie zu begeistern?

Die Rheumatologie muss an den Hochschulen sichtbar werden. An vielen Fakultäten gibt es überhaupt keine Ausbildung in der Rheumatologie. Wir wollen mehr Studierende für unsere Fachrichtung interessieren und gleichzeitig die zukünftigen Hausärzte besser informieren. Denn sie sind die ersten Ansprechpartner unserer Patienten und müssen rechtzeitig erkennen, ob der Mensch zum Rheumatologen muss. Außerdem ist es wichtig, die Weiterbildung auszubauen. Die Zahl der derzeit weitergebildeten Ärzte reicht kaum aus, um die aus Altersgründen ausscheidenden Rheumatologen zu ersetzen.

Sollen Rheumatologen aus dem Ausland gezielt nach Deutschland geholt werden?

Das ist schwierig. Zwar gibt es eine europäische Vorgabe zur Fachrichtung Rheumatologie. Doch ich wüsste nicht, welche Länder einen Überschuss haben. Außerdem teilen Nachbarstaaten wie die Schweiz oder Frankreich die entzündliche und degenerative Versorgung der Patienten, also die Aufgabenteilung zwischen Orthopädie und Innerer Medizin, anders auf.

Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Ursula Katthöfer, www.textwiese.com

➤ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zink, A. et al.: Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016, Z Rheumatol, April 2017, 76(3):195–207

Gicht

Allopurinol schützt Senioren möglicherweise vor Nierenversagen

Je länger ältere Gicht-Patienten mit Allopurinol behandelt werden und je höher die eingesetzte Dosis ist, desto geringer ist laut US-Daten offenbar das Risiko für das Auftreten eines akuten Nierenversagens oder einer terminalen Niereninsuffizienz. Untersucht wurde dieses Risiko anhand einer Stichprobe von Medicare-Versicherten in den Jahren 2006 bis 2012, die wegen Gicht mit Allopurinol behandelt wurden. Dabei wurden Daten zu rund 30.000 Allopurinol-Therapiezyklen und 8.300 Episoden von Nierenversagen ausgewertet.

Im Vergleich zu Patienten mit niedriger Allopurinoldosis (< 200 mg/Tag) war bei Patienten mit mittlerer Dosis (200-299 mg/Tag) das Risiko einer Niereninsuffizienz um fast 20 % und bei hoher Dosis (\geq 300 mg/Tag) um fast 30 % verringert. Auch mit zunehmender Einnahmedauer versus < 0,5 Jahr wurde das Risiko um 12 % (Einnahme bis ein Jahr) bis zu 20 % (> 2 Jahre) gesenkt. Die Mechanismen der Schutzwirkung sind unklar.

QUELLE

- Singh J, Yu S: Are allopurinol dose and duration of use nephroprotective in the elderly? A Medicare claims study of allopurinol use and incident renal failure. Ann Rheum Dis 2016, published online June 13 (Abstract unter <http://tinyurl.com/ybjahyy4>).

Gicht

Exzess-Sterblichkeit seit mehr als einem Jahrzehnt unverändert hoch

Suboptimale Therapie, schlechte Compliance – seit 1999 hat sich die erhöhte Sterblichkeit bei Gicht nicht verbessert.

Bei der rheumatoiden Arthritis hat sich das erhöhte Sterberisiko in letzter Zeit vermindert, nicht aber bei Patienten mit Gicht. Das zeigt die Analyse einer bevölkerungsrepräsentativen Datenbank von britischen Allgemeinärzten. Verglichen mit Patienten ohne Gicht ist das Mortalitätsrisiko demnach rund 20 Prozent höher. Dies galt sowohl für den Zeitraum von 1999 bis 2006 als auch für denjenigen von 2007 bis 2014. Die Autoren führen die praktisch unverändert erhöhte Sterblichkeit auf die oft suboptimale Behandlung der Hyperurikämie und der Komorbiditäten zurück sowie auf die schlechte Compliance der Patienten.

QUELLE

- Fisher MC et al: The unclosing premature mortality gap in gout: a general population-based study. Ann Rheum Dis 2017;0:1-6 (Abstract unter <http://tinyurl.com/ydhy96hx>).

Rheumatoide Arthritis (RA)

Erhöhtes Herzinfarktrisiko von RA-Patienten unter TNF-Blockern verringert

Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) haben bekanntlich ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen. In Studien war das Risiko für einen Herzinfarkt um rund 60 % und das Sterberisiko aufgrund eines Herzinfarkts um 70 % höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Laut aktuellen Daten des britischen Biologika-Registers zur RA ist das erhöhte kardiovaskuläre Risiko der Patienten unter Therapie mit dem Tumornekrosefaktor (TNF)-Blockern verringert. Ausgewertet wurden die Daten von 11.200 Patienten, die mit TNF-Blockern, und rund 3.050 Patienten, die mit konventionellen DMARDs behandelt wurden. Der mediane Beobachtungszeitraum betrug 5,3 bzw. 3,5 Jahre. Das Risiko eines Herzinfarkts war in der TNF-Blockergruppe relativ

um rund 40 % verringert. Beim Schweregrad des Herzinfarkts und der Mortalität gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Praxishinweis: Die geringere Herzinfarkttrate der Patienten unter TNF-Blockern könnte auf eine direkte Beeinflussung des Atheroskleroseprozesses oder eine bessere Krankheitskontrolle zurückzuführen sein, so die Autoren.

QUELLE

- Low A et al.: Relationship between exposure to tumour necrosis factor inhibitor therapy and incidence and severity of myocardial infarction in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2017;76:654-660 (Volltext unter <http://tinyurl.com/ybxhn4bt>).

Rheumatoide Arthritis (RA)

Xerostomie als erster Marker für eine drohende Verschlechterung

Das Vorliegen einer Mundtrockenheit bei rheumatischen Patienten kann als Marker für einen sich verschlechternden Krankheitsverlauf angesehen werden, berichten brasilianische Wissenschaftler. Untersucht wurden insgesamt 236 Rheuma-Patienten, die teilweise auch am Sjögren-Syndrom litten. Es gebe einen signifikanten Zusammenhang zwischen Mundtrockenheit auf der einen und Müdigkeit, Anzahl schmerzender Gelenke und der Aktivität der Krankheit auf der anderen Seite. Die Beurteilung funktioneller Zusammenhänge ergab, dass eine vorliegende Xerostomie und der Grad der Krankheitsaktivität die Funktionsfähigkeit beeinflussen. Einschränkungen in puncto Lebensqualität sind bei diesen Patienten programmiert.

QUELLE

- Lins e Silva M et al. Effect of Xerostomia on the Functional Capacity of Subjects with Rheumatoid Arthritis. J Rheumatol 2016; 43 (10): 1795-1800.

Gesundheitspolitik

GOÄ-Reform: 120. Ärztetag bestätigt Kurs der BÄK

Der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg hat der Bundesärztekammer (BÄK) in einem mit überwältigender Mehrheit angenommenen Beschluss Rückendeckung für die weiteren Verhandlungen über eine Novelle der GOÄ gegeben.

Vorgaben für die Umsetzung

Für den weiteren Novellierungsprozess hat der Ärztetag die BÄK beauftragt, die mit den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften überarbeiteten Entwürfe zum Leistungsverzeichnis und den finalen Bewertungen der GOÄ an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu übergeben und Änderungen der Bundesärzteordnung (BÄO) und des Paragrafenteils der GOÄ zu akzeptieren, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die Leistungslegendierungen und -bewertungen entsprechen den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind zwischen den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, der BÄK, dem PKV-Verband und der Beihilfe sowie dem BMG abgestimmt.
- Die Leistungen werden mit einem Einzelsatz bewertet, der mit dem bisherigen durchschnittlichen Steigerungssatz vergleichbar ist. Erforderliche Zusatzaufwände, die sich aus der jeweiligen Leistung, den Umständen ihrer Erbringung oder aus patientenbezogenen Gründen ergeben, sind in entsprechenden leistungsbezogenen, den zeitlichen und qualitativen Aufwand berücksichtigenden Erschwerniszuschlägen abgebildet. Darüber hinausgehende besondere Erschwernisgründe, die zur Steigerung auf den zweifachen Gebührensatz berechtigen, werden in einer sogenannten Positivliste aufgenommen.
- Die sogenannte Negativliste, nach der für spezielle Behandlungsum-

stände eine Steigerung ausgeschlossen werden sollte, wird gestrichen.

- Die Leistungsbewertungen folgen einer betriebswirtschaftlichen Grundkalkulation. In nachvollziehbaren Simulationsrechnungen führen die Bewertungen zum erwarteten Preiseffekt der neuen GOÄ von mindestens 5,8 % (+/- 0,6 %) Ausgabensteigerung der PKV-Unternehmen und der Beihilfe je substitutiv Krankenversicherten in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten der neuen GOÄ. Die betriebswirtschaftliche Grundkalkulation ermöglicht die kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere bei Aufnahme neuer innovativer Leistungen oder bei Anpassung der GOÄ in Bezug auf allgemeine und spezielle Kostenentwicklungen.
- Leistungen der persönlichen ärztlichen Zuwendung sowie hausärztliche Leistungen werden durch die Aufnahme zeitgestaffelter Gesprächsleistungen besser abgebildet und angemessen vergütet.
- Die Bildung von Analogziffern bei innovativen, nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen ist weiterhin möglich. Darüber hinaus ist auch die analoge Berechnung von Verlangensleistungen möglich.
- IGeL sind weiterhin nach der GOÄ – auch als analoge Leistungen – berechnungsfähig.
- Mit der Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo), die dem Verordnungsgeber fortlaufend die Aufnahme neuer Behandlungs- und Diagnoseverfahren empfehlen soll, ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ entsprechend

des medizinischen Fortschritts gewährleistet.

- Die Empfehlungen der GeKo haben einen rechtsprägenden Charakter. Sie können nur einstimmig und damit ausschließlich mit Zustimmung der von der BÄK repräsentierten Ärzteseite zustande kommen.
- In einer dreijährigen Monitoringphase nach Inkrafttreten der neuen GOÄ wird die Ausgabenentwicklung von PKV und Beihilfe durch die GeKo mit Hilfe einer von ihr beauftragten Datenstelle analysiert. [...]
- Die BÄK wird die so beschriebene Neuordnung der GOÄ nur dann beim BMG als konsentiert einbringen, wenn von einer neuen Bundesregierung in der nächsten Legislaturperiode des Bundestags keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Das gilt insbesondere für den Fall, dass eine GOÄ unabhängige Einheitsgebührenordnung geplant wird.

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

